

**SCHEDA PER LA PRESCRIZIONE DI
INIBITORI DI POMPA PROTONICA
da allegare alla lettera di dimissione/visita ambulatoriale**

Medico prescrittore _____ Centro prescrittore _____
Paziente (nome e cognome) _____ Sesso M F Età _____
Codice Fiscale _____ Indirizzo _____

Nota 1

• **Prevenzione delle complicanze gravi del tratto gastrointestinale superiore**

- in trattamento cronico con farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS)
- in terapia antiaggregante con ASA a basse dosi

Purché sussista una delle seguenti condizioni di rischio

- storia di pregresse emorragie digestive o di ulcera peptica non guarita con terapia eradicante
- concomitante terapia con anticoagulanti o cortisonici
- età avanzata

Nota 48

• **Durata di trattamento 4 settimane (occasionalmente 6 settimane)**

- per la prima o le prime due settimane in associazione con farmaci eradicanti l'infezione
- ulcera duodenale o gastrica Helicobacter Pylori-negativa (primo episodio)
- malattia da reflusso gastroesofageo con o senza esofagite (primo episodio)

• **Durata di trattamento prolungata, da rivalutare dopo un anno**

- sindrome di Zollinger-Ellison
- ulcera duodenale o gastrica Helicobacter Pylori-negativa recidivante
- malattia da reflusso gastroesofageo

A carico del paziente: NON rimborsabile dal SSN

- terapie isolate con antinfiammatori, cortisonici, eparine, anticoagulanti, altri antiaggreganti, ecc.
- dispepsia non ulcerosa

Principio attivo* _____ Posologia _____

Durata prevista del trattamento _____

***Il Pantoprazolo 40 mg è prescrivibile a carico del SSN solo con la Nota AIFA 48**

Data _____

Timbro e firma del Medico prescrittore
